N° 75-006-X au catalogue
ISSN 2291-0859

Regards sur la société canadienne

Association entre la fréquence de consommation de cannabis et certains indicateurs sociaux

par Darcy Hango et Sébastien LaRochelle-Côté

Date de diffusion : le 3 mai 2018

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2018

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Association entre la fréquence de consommation de cannabis et certains indicateurs sociaux

par Darcy Hango et Sébastien LaRochelle-Côté

Aperçu de l'étude

Dans le présent article, on se fonde sur les données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015 et de l'Enquête sociale générale de 2014 sur la victimisation afin d'examiner la consommation récente de cannabis au Canada, en insistant plus particulièrement sur les caractéristiques des personnes qui utilisent le cannabis. On y analyse aussi les effets défavorables de la consommation de cannabis déclarés par ceux qui utilisent le cannabis, ainsi que l'association entre la fréquence de consommation de cannabis et certains indicateurs sociaux, tels que l'état de santé autodéclaré, la confiance envers la police et le système de justice, et la victimisation.

- Au moment de la collecte des données, environ 45 % des personnes de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà essayé ou consommé du cannabis au cours de leur vie. Environ 7 % ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent, et 1,5 % ont déclaré avoir consommé du cannabis quotidiennement au cours du mois précédent.
- En 2015, plus de 13 % des jeunes adultes de 20 à 29 ans consommaient du cannabis sur une base hebdomadaire ou quotidienne, alors que c'était le cas de 2 % des personnes de 55 ans et plus. Parallèlement, 8 % des hommes et 3 % des femmes de 15 ans et plus consommaient du cannabis sur une base hebdomadaire ou quotidienne.
- Au Canada, le quart des adultes ont affirmé avoir consommé ou essayé le cannabis à l'âge de 18 ans ou moins. Parmi ceux qui ont mentionné avoir essayé le cannabis pour la première fois à l'âge de 14 ans ou moins, 31 % ont déclaré qu'elles en consommaient actuellement au moins chaque semaine.
- Il existe un lien entre la présence d'une incapacité physique ou une incapacité liée à la santé mentale et la consommation fréquente de cannabis. De plus, les personnes qui consommaient du cannabis plus fréquemment avaient une moins grande confiance envers la police et le système de justice, et étaient plus susceptibles de déclarer avoir été victimes d'un crime violent au cours de l'année précédente.
- Environ 17 % des personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente ont déclaré avoir aussi consommé d'autres drogues illicites. Parmi celles-ci, 21 % ont déclaré avoir été aux prises avec un problème de santé physique attribuable à la consommation de drogues comparativement à 5 % de celles qui consommaient uniquement du cannabis.

Introduction

Des changements à la législation en vue de légaliser la consommation de cannabis à des fins non médicales — législation susceptible d'avoir d'importantes répercussions sur la société — entreront en vigueur au Canada au cours de la prochaine année. Des recherches récentes[1] donnent à penser que la consommation de cannabis a fluctué à la hausse et à la baisse de 1960 à 2015, parmi les divers groupes d'âge. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, par exemple, il y a eu une croissance rapide de la consommation de cannabis parmi les jeunes de 15 à 24 ans, un taux qui s'est alors stabilisé avant de diminuer au début des années 1990. Le taux de consommation de cannabis des jeunes s'est accru de nouveau jusqu'au début des années 2000 avant de commencer à ralentir lentement jusqu'en 2015. Bien que la consommation de cannabis soit toujours plus faible parmi les adultes de 25 à 44 ans que pour la population de 15 à 24 ans, elle affiche une lente augmentation linéaire au fil du temps au cours de la période allant de 1970 à 2015. Tandis que la population de 45 à 64 ans affiche les taux de consommation les plus bas, ces taux ont aussi commencé à augmenter à compter du début des années 2000. Par ailleurs, comme l'a démontré une autre étude récente, la consommation de cannabis parmi les jeunes de moins de 25 ans a diminué ou est plus ou moins stable depuis 2004, alors qu'elle s'est accrue pendant la même période chez les adultes de plus de 25 ans[2].

En dépit de la tendance susmentionnée, il demeure que la légalisation du cannabis pourrait avoir une incidence sur les habitudes de consommation et sur la santé, la vie et le bien-être de la population. Les études réalisées sur les incidences de la légalisation du cannabis en étant à leurs balbutiements, les conclusions les plus pertinentes d'un point de vue canadien proviennent des États américains qui ont déjà légalisé le cannabis. Ces études, qui reposent sur des données portant sur les périodes avant et après la législation, ont permis de conclure que la fréquence de consommation du cannabis n'avait pas été touchée par l'introduction de la législation visant à le rendre légal[3]. Les études sur la décriminalisation du cannabis en provenance de l'Australie et du Royaume-Uni ont donné lieu à des résultats semblables[4].

Bien que nous ne connaissons pas encore l'incidence de la légalisation de la consommation de cannabis à des fins non médicales au Canada, un rapport récent sur la consommation de drogues parmi les élèves des écoles secondaires en Ontario a permis de conclure que le cannabis est la drogue illicite la plus consommée par les élèves des écoles secondaires (les taux de consommation annuels augmentent à partir de la 9e année jusqu'à la 12e année). Pourtant, lorsqu'on leur a posé des questions d'évaluation des attitudes à propos de leurs points de vue sur la législation du cannabis, un tiers des élèves étaient en accord avec la légalisation, un tiers y étaient opposés et un tiers étaient incertains[5]. L'une des conclusions du rapport était que la majorité (près des deux tiers) des élèves ontariens qui fréquentent l'école secondaire ont indiqué ne pas avoir l'intention de consommer du cannabis lorsqu'il deviendra légal, tandis qu'une petite proportion (moins de 5 %) des consommateurs actuels ont indiqué qu'ils augmenteraient leur consommation de cannabis après sa légalisation[6]. Ces résultats sont importants à la lumière du fait que la législation imminente ne permettra pas de vendre du cannabis à des fins non-médicales aux personnes de moins de 18 ou 19 ans, selon la province ou le territoire.

Les études actuelles sur les répercussions de la consommation de cannabis sur ses consommateurs présentent des résultats nuancés : les répercussions peuvent être négatives, positives ou nulles[7]. Par exemple, certaines recherches récentes ont permis de conclure que la consommation régulière de cannabis pendant l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte peut avoir des répercussions négatives sur la dépendance des consommateurs à la drogue, en plus de nuire à la santé physique, au développement psychosocial et à la santé mentale[8]. D'autres études ont démontré que le début de la consommation de cannabis pendant l'adolescence est associé à de faibles résultats au chapitre de la scolarité, à un revenu inférieur, à une plus grande dépendance à l'aide sociale et à une plus faible satisfaction à l'égard de la vie en général[9]. Les études laissent également supposer que la consommation de drogues moins nocives comme le cannabis pourrait mener à consommer d'autres drogues, comme la cocaïne ou l'héroïne. C'est la raison pour laquelle les drogues comme le cannabis sont parfois qualifiées de drogues d'introduction[10]. Dans certaines études, on appelle, toutefois, à adopter une approche prudente quand vient le temps d'établir des liens de causalité entre la consommation de cannabis et la consommation d'autres drogues illicites[11].

Dans la présente étude, on utilise les données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015 et de l'Enquête

sociale générale (ESG) de 2014 sur la victimisation afin d'examiner la consommation récente de cannabis au Canada (voir la section *Sources de données, méthodes et définitions* pour obtenir plus de renseignements). On y étudie trois enjeux principaux : (1) les caractéristiques des personnes qui consomment du cannabis (comprenant à la fois ceux qui en consomment à des fins médicales et non médicales)[12], y compris l'âge au moment de la première consommation de cannabis; (2) les effets défavorables autodéclarés liés la consommation de cannabis; (3) l'association entre la fréquence de consommation de cannabis et certains indicateurs sociaux, tels que l'état de santé autodéclaré, la confiance envers la police et le système de justice, et la victimisation.

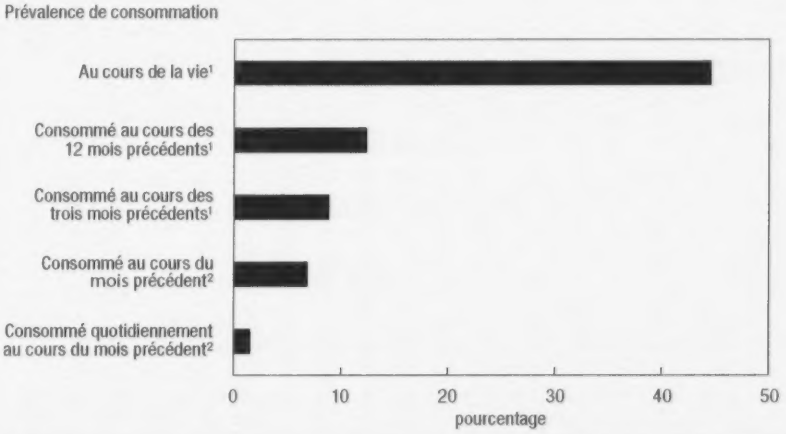
Les données de l'ECTAD et de l'ESG comportent deux limites principales : (1) Compte tenu de la nature transversale des données, il est impossible d'établir un ordre temporel; les résultats sont, par conséquent, axés sur la robustesse des associations et ne doivent pas être interprétés en tant que relations causales[13]. (2) En ce qui concerne la première limite, il est, en outre, impossible de déterminer avec certitude quelles sont les répercussions que les autres facteurs liés aux comportements à risque peuvent avoir sur le lien entre le cannabis et les indicateurs sociaux étudiés dans le présent article. Par exemple, une forte consommation de cannabis peut covarier avec d'autres comportements à risque comme une consommation plus élevée d'alcool, et cette influence combinée peut avoir une incidence sur les résultats observés dans le présent article.

La prévalence de la consommation de cannabis varie selon les caractéristiques personnelles

La méthode utilisée pour mesurer la prévalence de la consommation de cannabis au Canada varie selon la source des données. Par exemple, les différents types de questions combinés au moment où les répondants sont questionnés à propos de leur niveau de consommation de cannabis ont des incidences sur les estimations. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)[14] et l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) sont deux sources de données communes qui permettent de mesurer la prévalence de la consommation de drogues au Canada. Les deux enquêtes comportent des questions sur la consommation de cannabis au cours de la vie, sur le nombre de fois où il y a eu consommation et sur la consommation au cours de l'année précédente, et elles permettent toutes deux de produire des estimations similaires sur la consommation au cours de la vie et la consommation au cours des 12 mois précédents.

Ces enquêtes sont différentes en ce sens que, dans le cadre de l'ESCC, les questions portent sur la fréquence de consommation au cours des 12 mois précédents, tandis que, dans le cadre de l'ECTAD, on pose des questions à propos de la fréquence de consommation au cours des trois mois précédents[15]. Comme la période de référence est différente entre les deux sources de données, les comparaisons directes ne sont pas possibles. Par exemple, les données de l'ESCC indiquent que, dans l'ensemble de l'échantillon complet de répondants de 15 ans et plus, 1,8 % ont déclaré avoir consommé

Graphique 1
Prévalence de la consommation de cannabis chez les personnes de 15 ans et plus, 2014 et 2015



1. La source des données est l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.
2. La source des données est l'Enquête sociale générale de 2014.
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015; Enquête sociale générale de 2014.

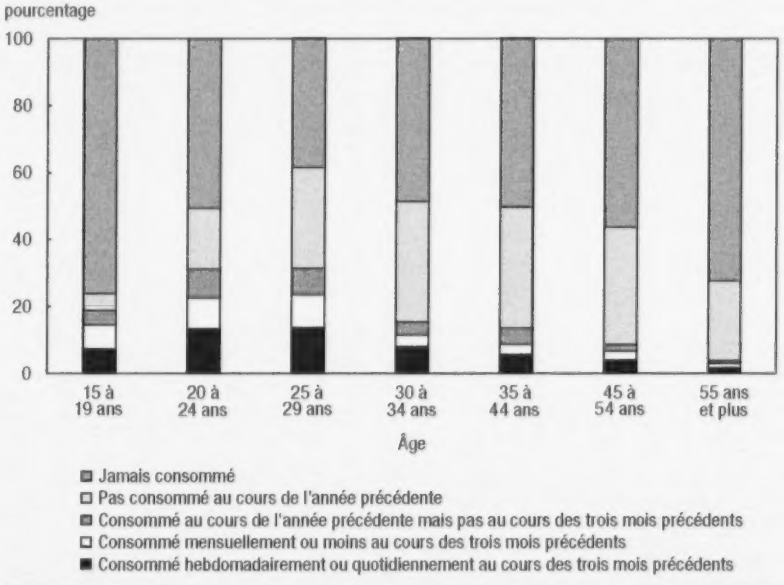
du cannabis quotidiennement au cours des 12 mois précédents, tandis que, dans l'ECTAD, l'estimation de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne au cours des trois mois précédents pour le même groupe d'âge était de 2,9 %.

Une troisième source de données, l'Enquête sociale générale sur la victimisation, comporte des questions à propos de la consommation de cannabis au cours du mois précédent seulement et permet d'enregistrer la fréquence de consommation des personnes qui répondent par l'affirmative. En 2014, selon les données de l'ESG, on a estimé que 1,5 % de la population de 15 ans et plus consommait du cannabis quotidiennement, ce qui est un taux fort semblable au résultat produit au moyen des données de l'ESCC en 2012. Puisqu'il n'est pas possible, à partir des données de l'ESG, de séparer ceux n'ayant pas consommé de cannabis au cours du mois précédant l'enquête de ceux qui n'en ont jamais consommé de leur vie, les mesures des non-consommateurs de cannabis de l'ESG comprennent donc les personnes qui n'ont jamais consommé ainsi que celles qui pourraient avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent. Dans le présent article, l'ECTAD et l'ESG sont toutes deux utilisées pour obtenir l'image la plus complète qui soit de la consommation actuelle de cannabis au Canada.

Le graphique 1 montre la consommation de cannabis des personnes au cours de la vie, au cours de l'année précédente, au cours des trois mois précédents, au cours du mois précédent et quotidiennement. Les trois premières mesures sont dérivées au moyen de l'ECTAD de 2015, tandis que les deux dernières mesures reposent sur les données de l'ESG de 2014. Dans l'ensemble de l'échantillon de personnes de 15 ans et plus, environ 45 % ont déclaré avoir déjà essayé ou consommé du cannabis; 12 % ont déclaré en avoir consommé au cours de l'année précédente; environ 9 %, au cours des trois mois précédents; environ 7 %, au cours du mois précédent; et 1,5 %, quotidiennement au cours du mois précédent. Ces résultats correspondent étroitement à ceux obtenus au moyen de l'ESCC[16], de même qu'à ceux de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) de Santé Canada[17].

La consommation de cannabis n'est toutefois pas répartie équitablement parmi l'ensemble de la population. L'âge, en particulier, est un facteur important qui a des incidences sur la probabilité pour une personne d'avoir consommé du cannabis. Plus de 30 % des répondants dans la vingtaine ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente, proportion qui diminue de façon constante avec chaque groupe d'âge pour atteindre un creux de 4 % chez les répondants de 55 ans et plus (graphique 2). La proportion de ceux qui consomment du cannabis plus fréquemment est également plus élevée chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans, alors que près de 15 % d'entre eux ont déclaré qu'au cours des trois mois précédents, ils avaient consommé du cannabis au moins chaque semaine. Parallèlement, 2 % des adultes de 55 ans et plus ont déclaré consommer du cannabis à la même fréquence[18].

Graphique 2
Répartition de la population de 15 ans et plus selon la fréquence de consommation du cannabis, selon la tranche d'âge, 2015

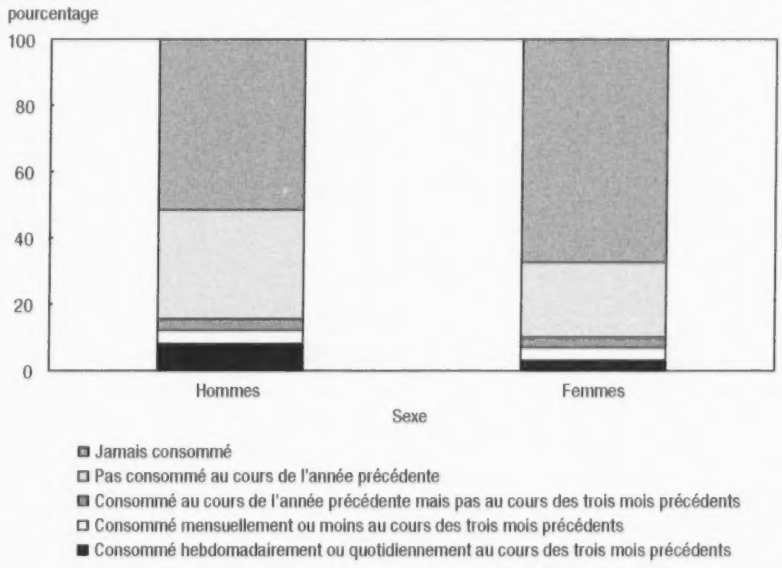


Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

La consommation de cannabis varie également selon le sexe, tant pour ce qui est de la consommation au cours de la vie que pour la fréquence de consommation (graphique 3). Près de la moitié des hommes (48 %) ont affirmé avoir consommé du cannabis au cours de leur vie (comparativement à 32 % chez les femmes). Les hommes affichaient aussi des taux plus élevés de consommation de cannabis au cours de l'année précédente, mais l'écart n'était pas aussi important (16 % par rapport à 10 %). En outre, 8 % des hommes et 3 % des femmes ont déclaré avoir consommé du cannabis sur une base hebdomadaire ou quotidienne au cours des trois derniers mois.

En plus de l'âge et le sexe, la consommation de cannabis varie aussi selon d'autres facteurs. Lorsque les résultats sont ajustés en fonction des différences d'âge et de sexe, les personnes sans diplôme d'études secondaires ont une prévalence significativement plus faible de consommation de cannabis au cours du mois précédent (6 %) que les personnes qui possèdent un diplôme d'études secondaires ou un diplôme d'études postsecondaires non universitaire (tableau 1). De plus, environ 2 % de ceux qui possèdent un grade universitaire ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins de deux à six fois au cours de la semaine précédente, une valeur significativement moins élevée que les 3 % de ceux qui sont sans diplôme d'études secondaires. Après avoir tenu compte des différences d'âge et de sexe, les étudiants étaient également moins susceptibles de consommer du cannabis que les personnes qui étaient employées au cours de l'année précédente[19].

Graphique 3
Répartition de la population de 15 ans et plus selon la fréquence de consommation du cannabis au cours de l'année précédente, selon le sexe, 2015



Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

En ce qui concerne le revenu du ménage, les personnes vivant dans des ménages qui gagnent moins de 40 000 $ annuellement consomment du cannabis plus fréquemment que les personnes ayant un revenu plus élevé, une conclusion qui vaut tant pour les ceux qui consommaient du cannabis sur une base mensuelle que pour ceux qui en consommaient au moins de deux à six fois par semaine. En outre, la population des personnes mariées ou en union de fait présente un taux de consommation de cannabis significativement plus faible que la population de célibataires, jamais mariés. Enfin, la consommation de cannabis n'est pas répartie équitablement parmi les niveaux de profession. Les personnes qui œuvrent dans les domaines des arts, de la culture, des sports et des loisirs; de la vente et des services et celles qui œuvrent dans les secteurs du commerce, des ressources naturelles et de la fabrication et des services d'utilité publique consomment du cannabis plus fréquemment que celles qui occupent des professions liées à la santé.

Le quart des adultes canadiens avaient essayé le cannabis à l'âge de 18 ans

Un grand nombre de travaux antérieurs indiquent que l'âge du début de la consommation de drogues a des répercussions sur divers résultats, y compris, sans toutefois s'y limiter, sur les questions

Tableau 1
Prévalence de la consommation de cannabis au cours du mois précédent chez les personnes de 15 ans et plus, selon les caractéristiques, après avoir tenu compte de l'âge et du sexe, 2014

	Prévalence de consommation de cannabis au cours du mois précédent	
	Au moins une fois	Au moins deux à six fois par semaine
	pourcentage	
Total	**6,8**	**3,3**
Niveau de scolarité le plus élevé atteint		
Niveau inférieur aux études secondaires (réf.)	6,0	3,2
Études secondaires seulement	8,5*	4,4*
Études postsecondaires, autres qu'universitaires	7,3*	3,6
Études postsecondaires, universitaires	5,0	1,7*
Activité principale l'année précédente		
Occupant un emploi (réf.)	7,7	3,7
Étudiant	4,1*	1,5*
S'occupant des enfants, travaux ménagers, congé parental	6,8	4,8
Autre	11,5*	7,9*
Revenu du ménage		
Moins de 40 000 $ (réf.)	9,4	4,8
40 000 $ à 79 999 $	7,2*	3,4*
80 000 $ à 119 000 $	6,9*	3,1*
120 000 $ ou plus	4,8*	2,0*
Non déclaré	7,3*	3,8
État matrimonial		
Célibataire, jamais marié (réf.)	8,0	3,9
Marié, en union de fait	5,5*	2,4*
Séparé, divorcé ou veuf	9,7	5,8
Type de travail ou profession[1]		
Gestion	6,5	2,5
Affaires, finance et administration	6,1	2,9
Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	6,6	2,1
Santé (réf.)	4,3	2,0
Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	5,3	2,0
Arts, culture, sports et loisirs	8,5*	4,5*
Vente et services	8,1*	3,7*
Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	9,2*	5,3*
Ressources naturelles, agriculture et connexe	9,1*	4,0
Fabrication et services d'utilité publique	7,4*	2,7
Aucune profession	5,0	2,9

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)

1. Renvoie à l'emploi occupé au cours de la semaine précédente chez les personnes ayant un emploi, ou au dernier emploi occupé au cours des 12 mois précédents chez les personnes sans emploi.

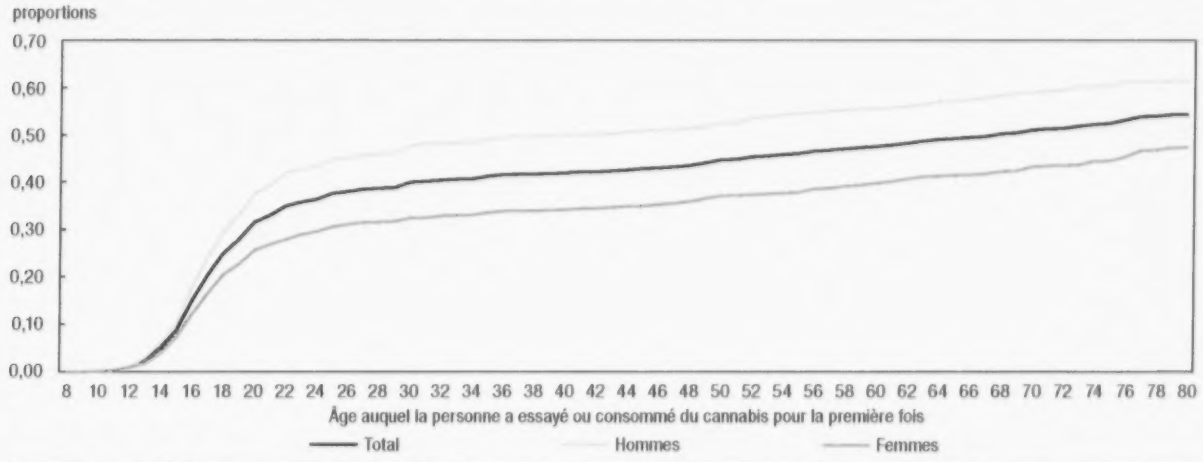
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

liées à la dépendance et à la santé, ainsi que sur les préoccupations liées à l'apprentissage et au niveau de scolarité[20]. Le graphique 4 montre la probabilité cumulative de la première consommation de cannabis selon l'âge pour l'échantillon complet des personnes de 15 ans et plus, et séparément pour les hommes et les femmes[21]. L'une des principales conclusions est la montée de la première consommation de cannabis entre 15 et 18 ans. À l'âge de 15 ans, 9 % de la population avait déjà essayé ou consommé du cannabis. Cette proportion augmente pour atteindre 15 % à 16 ans et 25 % à 18 ans. Par conséquent, le quart des adultes au Canada avaient essayé ou consommé du cannabis à l'âge de 18 ans[22].

Des différences ont été notées entre les hommes et les femmes, résultat d'une augmentation plus prononcée de l'initiation au cannabis après l'âge de 16 ans chez les hommes. À l'âge de 15 ans, par exemple, 10 % des hommes avaient déjà essayé le cannabis, tandis que le taux chez les femmes était de 7 %; toutefois, à l'âge de 16 ans, ce taux augmente pour atteindre 18 % chez les hommes et 12 % chez les femmes. Cette différence de points de pourcentage entre les hommes et les femmes augmente pour atteindre environ 15 points au moment où les jeunes adultes sont à la fin de la vingtaine, et elle demeure constante par la suite.

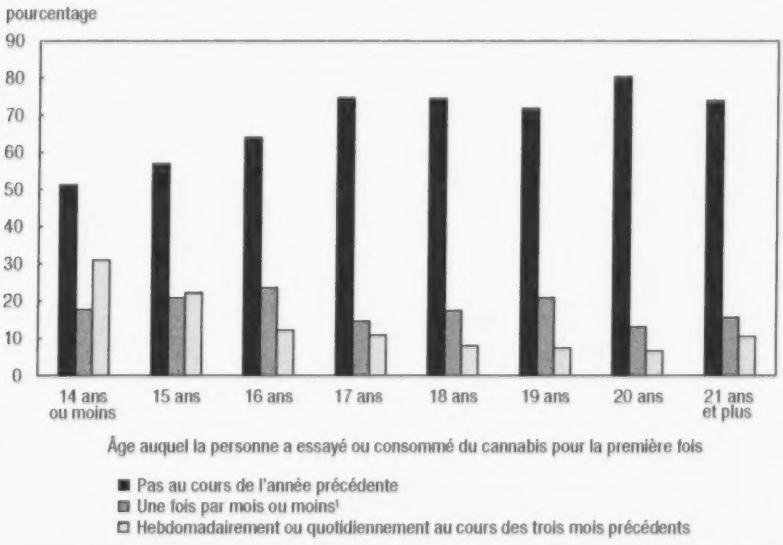
Il existe un lien entre l'âge de la première consommation du cannabis et la fréquence de consommation à l'âge adulte[23]. Ainsi, parmi ceux qui ont indiqué avoir essayé le cannabis pour la première fois à l'âge de 14 ans ou moins, 31 % ont déclaré qu'ils en consommaient actuellement chaque semaine ou chaque jour (graphique 5). En revanche, parmi ceux qui ont indiqué avoir essayé le cannabis pour la première fois à l'âge de 16 ans ou plus, moins de 13 % ont déclaré qu'ils en consommaient actuellement au moins chaque semaine ou chaque jour.

Graphique 4
Proportion cumulative de la population ayant essayé ou consommé du cannabis pour la première fois, selon l'âge au moment de la première consommation, 2015



Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

Graphique 5
Fréquence de consommation de cannabis déclarée par ceux ayant déjà consommé du cannabis, selon l'âge au moment de la première consommation, 2015



1. Comprend les personnes qui ont consommé du cannabis mensuellement ou moins au cours des trois mois précédents, et ceux qui ont consommé au cours de l'année précédente mais pas au cours des trois mois précédents.
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

Les personnes qui consomment du cannabis plus fréquemment sont plus susceptibles de déclarer des effets défavorables attribuables à la consommation de cannabis

Dans l'ECTAD, des renseignements concernant les enjeux et les problèmes liés à la consommation de cannabis sont disponibles pour les personnes ayant déjà consommé du cannabis plus d'une fois. Les résultats sont affichés séparément pour les personnes qui ont essayé le cannabis pour la première fois à l'âge de 14 ans ou moins et pour celles qui l'ont essayé pour la première fois après l'âge de 14 ans, ainsi que selon la fréquence de consommation[24].

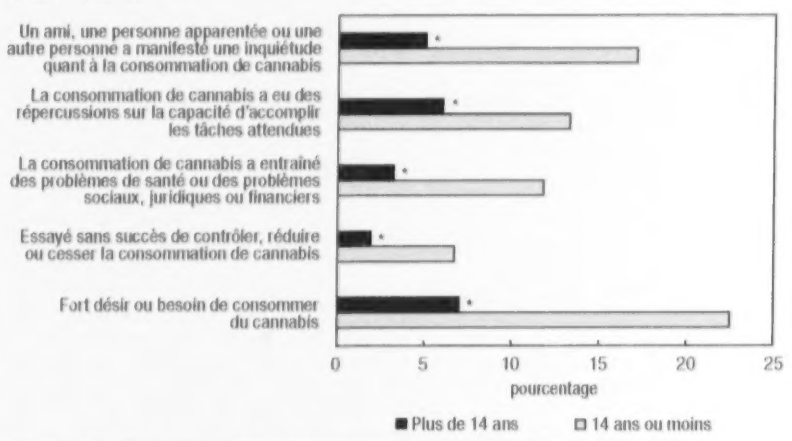
Chez les personnes qui avaient déjà consommé du cannabis, 9 % ont déclaré avoir déjà eu un fort besoin ou désir de consommer du cannabis, tandis qu'environ 3 % ont déclaré

qu'à un moment donné au cours de leur vie, elles avaient tenté sans succès de contrôler, de réduire ou de cesser leur consommation de cannabis. Par ailleurs, environ 4 % des personnes ont déclaré que leur consommation de cannabis avait entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, juridiques ou financiers, tandis qu'environ 7 % des personnes ont déclaré qu'elle avait eu des incidences sur leur capacité d'accomplir des tâches attendues, et qu'un ami ou une personne apparentée avait manifesté une inquiétude quant à leur consommation de cannabis.

De plus, compte tenu de la relation entre l'âge d'initiation au cannabis et une prévalence plus élevée de consommation récente de cannabis, la proportion de ceux ayant déclaré des problèmes liés à la consommation de cannabis était significativement plus élevée[25] dans le cas des personnes qui ont commencé à consommer plus tôt dans la vie et pour celles ayant une fréquence de consommation plus élevée.

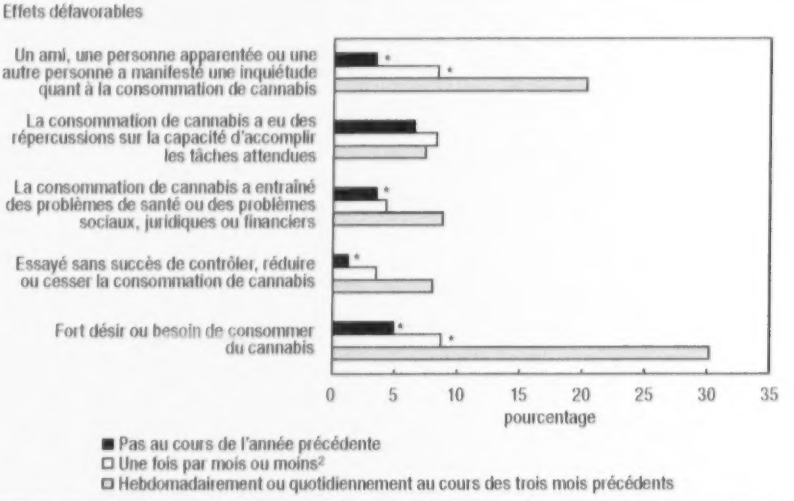
Par exemple, 23 % de ceux qui ont essayé le cannabis pour la première fois à l'âge de 14 ans ou moins ont déclaré qu'à un moment donné au cours de leur vie, ils avaient eu un fort désir ou besoin de consommer du cannabis; ce taux diminue pour s'établir à 7 % s'ils ont consommé du cannabis pour la première fois après l'âge de 14 ans (graphique 6a). De même, le taux correspondant chez ceux qui consommaient du cannabis sur une base hebdomadaire ou quotidienne était de 30 %, de 9 % chez ceux qui en consommaient une fois par mois ou moins et de 5 % chez ceux qui n'en avaient pas consommé au cours de l'année précédente (graphique 6b). De même, environ 7 % des personnes qui ont essayé le cannabis pour la première fois à

Graphique 6a
Proportion de ceux ayant déclaré des effets défavorables associés à la consommation de cannabis, selon l'âge au moment de la première consommation[1], 2015



* valeur significativement différente de l'estimation pour les jeunes de 14 ans ou moins ($p < 0,05$)
1. Comprend toutes les personnes de 15 ans ou plus ayant déjà consommé du cannabis.
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

Graphique 6b
Proportion de ceux ayant déclaré des effets défavorables associés à la consommation de cannabis, selon la fréquence de consommation[1], 2015



* valeur significativement différente de l'estimation de la consommation hebdomadaire ou quotidienne ($p < 0,05$)
1. Comprend toutes les personnes de 15 ans ou plus ayant déjà consommé du cannabis.
2. Comprend les personnes qui ont consommé du cannabis mensuellement ou moins au cours des trois mois précédents, et ceux qui ont consommé au cours de l'année précédente mais pas au cours des trois mois précédents.
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

l'âge de 14 ans ou moins ont déclaré qu'elles avaient déjà essayé, sans succès, de contrôler, de réduire ou de cesser leur consommation de cannabis, comparativement à 2 % des personnes qui ont essayé le cannabis pour la première fois après l'âge de 14 ans. En outre, 8 % des de ceux qui en consommaient sur une base hebdomadaire ou quotidienne ont déclaré la même chose, tandis que le taux diminue pour s'établir à moins de 4 % chez ceux qui en consommaient une fois par mois ou moins et à 1 % chez ceux qui n'en avaient pas consommé au cours de l'année précédente. Le même scénario se répète pour chacun des effets défavorables attribuables à la consommation de cannabis.

Il existe un lien entre la présence d'une incapacité physique ou une incapacité liée à la santé mentale et la fréquence de consommation du cannabis, en particulier chez les femmes

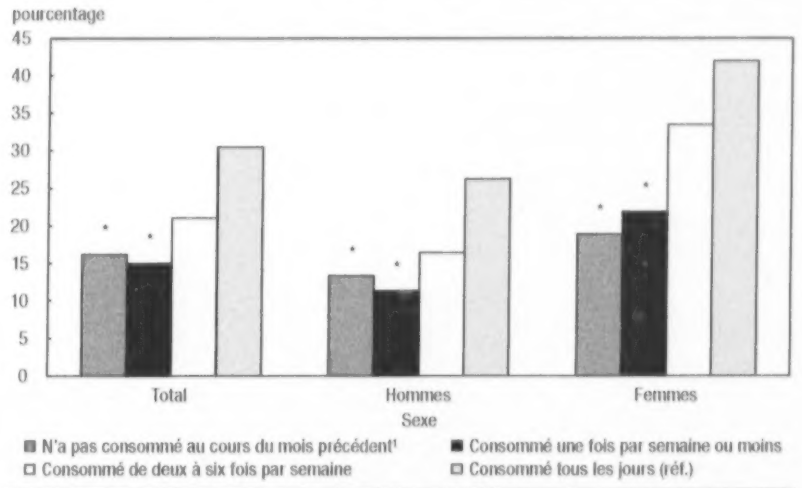
Les études antérieures abordent en détail la relation entre la consommation de cannabis et la santé. Selon une étude américaine récemment complétée[26], par exemple, l'association entre la consommation de cannabis et la santé est complexe et les recherches démontrent des résultats nuancés[27]. Les études montrent que le lien semble dépendre de facteurs tels que celui de la santé qui est pris en compte, de la période (long ou court terme) ainsi que de la population à l'étude. Par conséquent, il est difficile d'effectuer un sommaire de la relation entre la consommation de cannabis et la santé de ceux qui l'utilisent.

Quoi qu'il en soit, dans la présente étude, deux mesures autodéclarées de l'incapacité sont examinées : (1) présence d'une incapacité physique (qui comprend des activités quotidiennes limitées par une difficulté à se déplacer, à se pencher et à ramasser des objets avec les doigts et de la douleur); (2) une incapacité liée à la santé émotionnelle, psychologique ou mentale (qui peut comprendre, entre autres, l'anxiété, la dépression, les troubles bipolaires, les problèmes de consommation, l'anorexie) qui limite au moins parfois les activités quotidiennes.

Parmi ceux qui utilisaient le cannabis à chaque jour, 42 % des femmes et 26 % des hommes ont déclaré avoir une incapacité physique. En comparaison, cette même proportion s'élevait à 19 % chez les femmes et 13 % chez les hommes qui n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent (graphique 7).

La présence d'une incapacité liée à la santé mentale est également associée à une consommation plus fréquente de cannabis au cours du mois précédent. Environ 8 % de l'ensemble des femmes ont déclaré être aux prises avec une telle condition, comparativement à 4 % des hommes. La prévalence d'une incapacité liée à la santé mentale était plus élevée parmi ceux qui consommaient du cannabis plus fréquemment, en particulier chez les femmes. Par exemple, chez les femmes qui avaient consommé du cannabis tous les jours au cours du mois précédant l'enquête, 43 % des femmes ont déclaré une incapacité liée à la santé mentale, tandis que

Graphique 7
Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré une incapacité physique, selon le sexe et la fréquence de consommation de cannabis au cours du mois précédant l'enquête, 2014

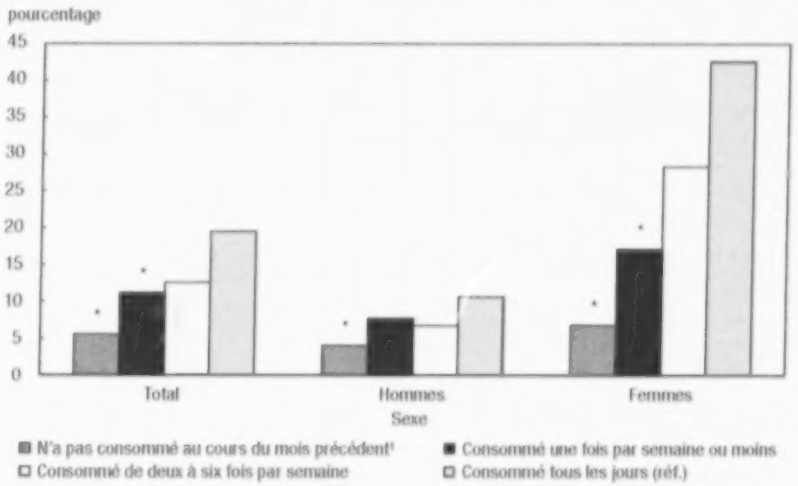


* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Comprend les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis ainsi que celles qui pourraient en avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

cela était le cas de 7 % des femmes qui n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent (graphique 8)[28]. Autrement dit, chez les femmes, il y avait une différence de 36 points de pourcentage entre celles qui n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent et celles qui en consommaient sur une base quotidienne. Chez les hommes, la même différence était de 7 points de pourcentage[29].

De tels résultats ne donnent pas nécessairement à penser que la consommation de cannabis entraîne des conséquences néfastes sur la santé. Ils pourraient plutôt signifier que les personnes qui ont des problèmes de santé consomment du cannabis afin d'amoindrir leurs symptômes. Dans le cadre de l'ESG, on ne demande toutefois pas aux répondants les raisons pour lesquelles le cannabis a été consommé; par conséquent, les résultats doivent être interprétés en tant qu'associations et non en tant que liens de cause à effet.

Graphique 8
Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir une incapacité liée à la santé mentale, selon le sexe et la fréquence de consommation de cannabis au cours du mois précédant l'enquête, 2014



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Comprend les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis ainsi que celles qui pourraient en avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

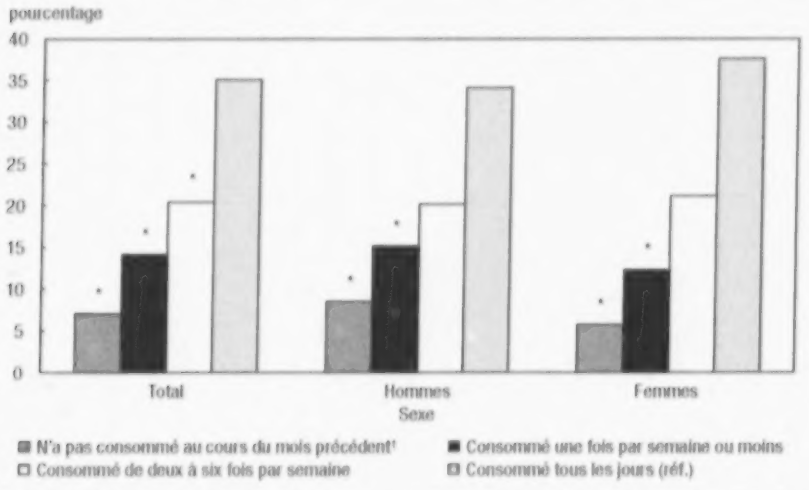
Les personnes qui consomment du cannabis plus fréquemment font moins confiance à la police et au système de justice

Les travaux antérieurs ont montré que, en général, les Canadiens ont un niveau de confiance relativement élevé tant envers la police qu'envers le système de justice et les tribunaux[30]. Ces niveaux élevés de confiance sont des indicateurs importants d'un plus grand sentiment d'appartenance au pays et d'une plus grande cohésion sociale[31]. Des niveaux de confiance plus faibles pourraient, en revanche, indiquer une déconnexion ou une méfiance générale à l'égard de ces institutions. Dans la présente section, l'association entre la consommation de cannabis et la confiance envers la police et les tribunaux de juridiction criminelle est examinée. La répartition générale de la confiance envers ces deux institutions est divisée entre une confiance plus faible (« peu confiance » et « aucune confiance ») et une confiance plus élevée (« une grande confiance » et « une certaine confiance »).

En général, les hommes présentent des niveaux de confiance significativement plus faibles tant envers la police qu'envers le système de justice pénale. Parmi toutes les personnes de 15 ans et plus, environ 10 % des hommes et 6 % des femmes ont déclaré avoir un niveau de confiance plus faible envers la police, tandis que les chiffres correspondants pour une confiance plus faible envers le système de justice sont de 26 % et 21 %, respectivement.

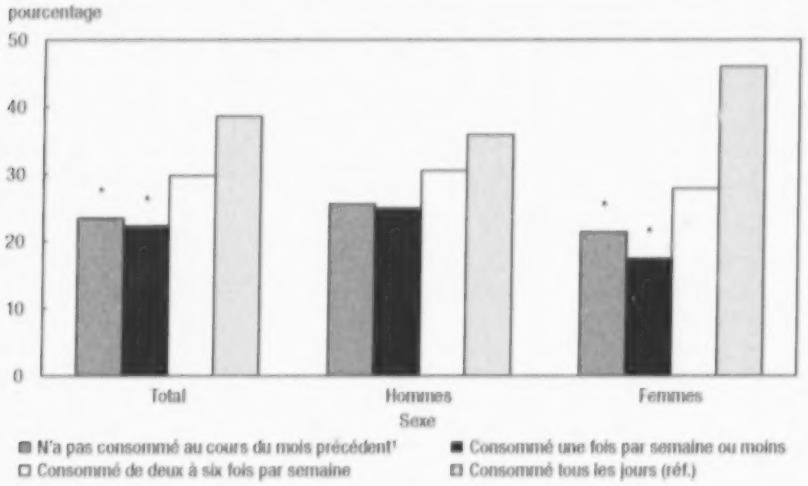
Parmi ceux qui consommaient du cannabis sur une base quotidienne, cependant, c'était l'inverse : les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir des niveaux de confiance plus faibles envers ces institutions. Par exemple, parmi ceux utilisant le cannabis sur une base quotidienne, 38 % des femmes et 34 % des hommes avaient un niveau de confiance plus faible envers la police, comparativement à 6 % des femmes et à 9 % des hommes qui n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent (graphique 9). De même, 46 % des femmes qui consommaient du cannabis quotidiennement avaient un niveau de confiance plus faible envers le système de justice, comparativement à 21 % de celles qui n'avaient pas consommé de cannabis au cours du mois précédent

Graphique 9
Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir peu confiance en la police, selon le sexe et la fréquence de consommation de cannabis au cours du mois précédant l'enquête, 2014



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Comprend les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis ainsi que celles qui pourraient en avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

Graphique 10
Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir peu confiance envers le système de justice pénale, selon le sexe et la fréquence de consommation de cannabis au cours du mois précédant l'enquête, 2014



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Comprend les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis ainsi que celles qui pourraient en avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

(graphique 10)[32]. Chez les hommes, la relation entre la consommation de cannabis et la confiance envers le système de justice n'était pas significative.

Même en tenant compte d'autres facteurs, les personnes qui consomment du cannabis plus fréquemment sont plus susceptibles de déclarer avoir été victimes d'un crime violent

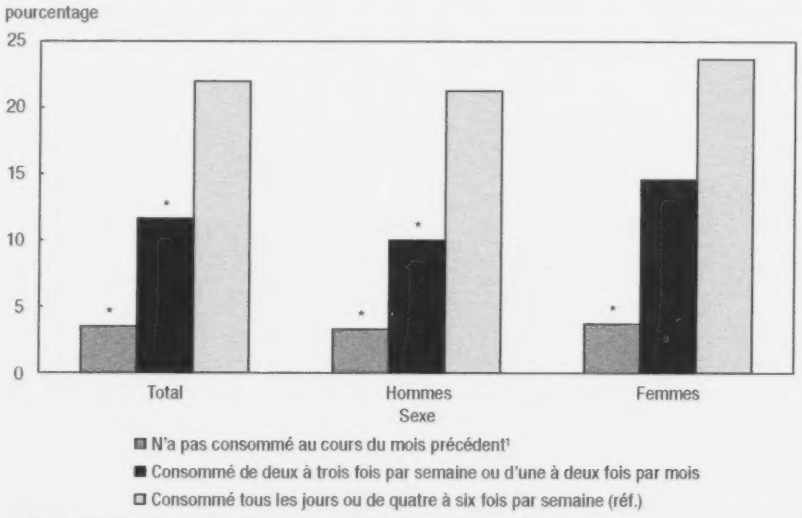
Les recherches antérieures ont permis de découvrir une association significative entre la consommation de cannabis et la victimisation[33], et le lien pourrait s'expliquer en partie par les choix comportementaux ou les modes de vie qui exposent ceux qui consomment du cannabis à un risque accru et à des situations où la probabilité de violence est plus élevée[34]. La nature exacte de la relation ne peut être précisée ici, compte tenu de la nature transversale des données; cependant, il se dégage une association significative entre la consommation de cannabis au cours du mois précédent et le risque d'être victime de crimes violents au cours de l'année précédente[35].

Pour étudier le lien entre la consommation de cannabis et la victimisation autodéclarée, les catégories de consommation récente de cannabis ont été réduites à trois en raison de la taille de l'échantillon : (1) n'a pas consommé au cours du mois précédent; (2) a consommé de deux à trois fois par semaine ou d'une à deux fois au cours du mois précédent; (3) a consommé tous les jours ou de quatre à six fois par semaine. En tout, environ 4 % des hommes et des femmes ont déclaré avoir été victimes d'actes violents au cours de l'année précédente. Cependant, ce taux est plus élevé chez les hommes et les femmes qui

ont aussi déclaré avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent, plus particulièrement chez ceux et celles qui ont déclaré en avoir consommé de quatre à six fois par semaine ou plus. Par exemple, environ 24 % des femmes et 21 % des hommes qui ont consommé du cannabis au moins de quatre à six fois par semaine ont déclaré avoir aussi été victimes d'un crime violent au cours de l'année précédente (graphique 11).

De nombreux facteurs, allant de la santé mentale aux choix de mode de vie, sont probablement associés à la consommation de drogues et à la victimisation. Ces facteurs sont introduits dans une série de régressions logistiques multivariées, dont les résultats sont présentés sous forme de probabilités prédites[36] afin d'en faciliter l'interprétation (graphique 12). Sept modèles sont utilisés : (1) bivarié; (2) ajoute l'âge et le sexe; (3) ajoute le niveau de scolarité le plus élevé atteint, l'auto-identification autochtone, l'appartenance à une minorité visible, le pays de naissance, l'activité principale au cours de l'année précédente (comme le fait d'être étudiant ou travailleur), le revenu du ménage et l'état matrimonial; (4) ajoute la santé mentale autodéclarée; (5) ajoute les mesures de stabilité résidentielle y compris le temps passé dans le quartier actuel, le nombre de déménagements au cours des cinq années précédentes, le fait d'être locataire ou propriétaire de résidence et si la personne a déjà été itinérante; (6) ajoute des variables de caractéristiques du quartier comme la taille de la population, les troubles sociaux perçus et le sentiment d'appartenance au quartier; (7) ajoute des mesures du mode de vie, y compris le nombre moyen de fois dans un mois où le répondant indique qu'il va dans les bars, les clubs ou les pubs le soir, ainsi que la consommation d'alcool et de d'autres drogues illicites au cours du mois précédent[37].

Graphique 11
Proportion des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir vécu un épisode de victimisation avec violence au cours de l'année précédente, selon le sexe et la fréquence de consommation de cannabis au cours du mois précédant l'enquête, 2014

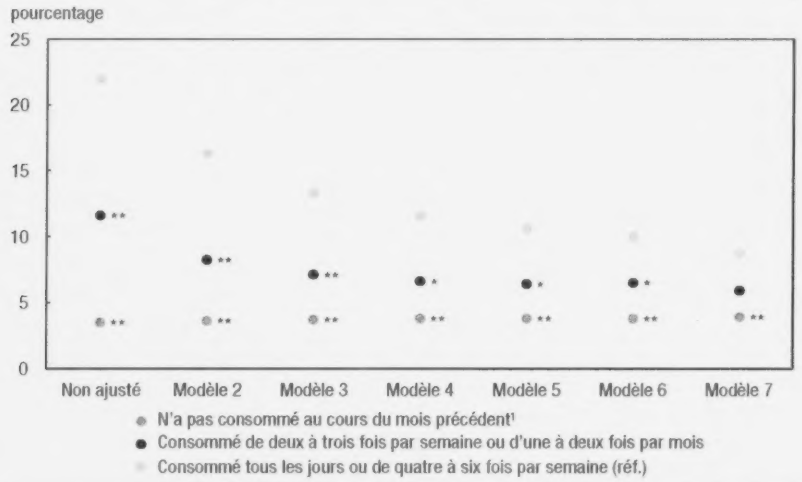


* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Comprend les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis ainsi que celles qui pourraient en avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

La différence entre le niveau le plus élevé de fréquence de consommation de cannabis (tous les jours ou de quatre à six fois par semaine) et les autres niveaux de consommation n'est jamais complètement éliminée. Par exemple, dans le cas non ajusté, il y a une différence de 19 points de pourcentage entre les ceux qui consommaient fréquemment du cannabis (à chaque jour ou de 4 à 6 fois par semaine) et ceux qui n'en consommaient pas. L'ajout de l'âge et du sexe a fait diminuer la différence à 13, tandis que l'ajout de la santé mentale l'a encore plus diminuée, pour atteindre 8 points de pourcentage. Même dans le modèle 7, qui comporte le plus vaste ensemble de variables explicatives, 5 points de pourcentage séparaient les personnes qui consommaient du cannabis plus fréquemment de celles qui n'en consommaient pas (9 % par rapport à 4 %).

Par conséquent, dans la majorité des cas, la consommation de cannabis est associée à une probabilité plus élevée de victimisation avec violence. Ces résultats donnent à penser que le lien entre la consommation récente de cannabis et le risque de victimisation ne s'explique pas par les facteurs pouvant être associés avec la consommation de drogues et la victimisation[38].

Graphique 12
Probabilité prédite d'avoir vécu un épisode de victimisation avec violence au cours de l'année précédente, selon la fréquence de consommation de cannabis au cours du mois précédant l'enquête, 2014



* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)
1. Comprend les personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis ainsi que celles qui pourraient en avoir consommé auparavant, mais qui ne l'ont pas fait au cours du mois précédent.
Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale de 2014.

Les personnes qui consomment à la fois du cannabis et d'autres drogues illicites sont plus susceptibles de déclarer des effets défavorables liés à la consommation de drogues

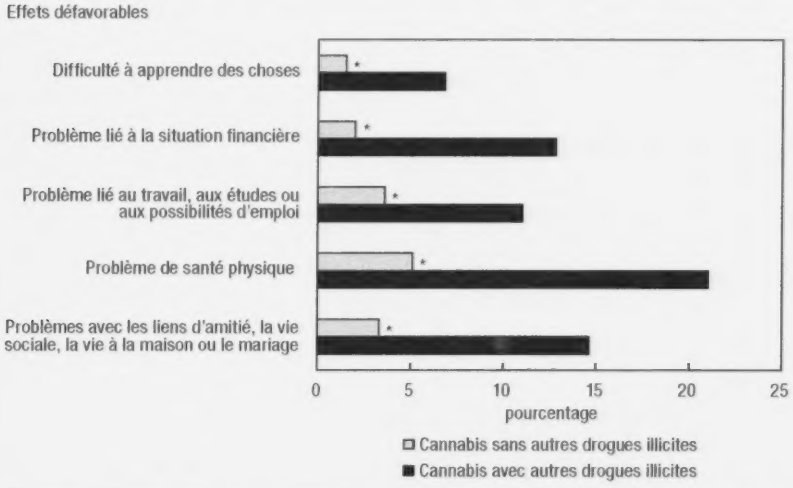
Tandis que les travaux antérieurs ont permis de conclure que la plupart des consommateurs d'autres drogues illicites (telles que la cocaïne, l'héroïne et les méthamphétamines) sont aussi des consommateurs de cannabis, peu de consommateurs de cannabis sont des consommateurs d'autres types de drogues[39]. On trouve des résultats semblables dans les données de l'ECTAD : environ 17 % de ceux ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente ont déclaré avoir aussi consommé d'autres drogues illicites au cours de l'année précédente, tandis que près de 90 % de ceux ayant consommé d'autres drogues illicites au cours de l'année précédente ont déclaré avoir aussi consommé du cannabis au cours de l'année précédente. De plus amples travaux sont requis afin d'explorer dans quelle mesure ces genres de conclusions appuient la notion selon laquelle le cannabis agit comme drogue d'introduction, en ce sens que sa consommation pourrait entraîner un risque accru de consommer d'autres drogues illicites à l'avenir[40].

La consommation de cannabis en l'absence d'autres drogues illicites avait moins d'effets défavorables (sur les relations sociales et les liens d'amitié, la santé physique, le travail, les études et les possibilités d'emploi, la situation financière et la capacité d'apprendre) que lorsque le cannabis est consommé en même temps que celles-ci[41]. Les répondants qui consomment d'autres drogues illicites sont définis comme ceux ayant indiqué que, au cours de l'année précédente, ils avaient consommé l'une ou l'autre des drogues suivantes : cocaïne, amphétamine/méthamphétamine, ecstasy, hallucinogènes, héroïne, substances inhalées et salvia[42,43]. Les résultats sont présentés séparément pour les personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis en l'absence d'autres drogues illicites et pour celles ayant à la fois consommé du cannabis et d'autres drogues illicites. Le lecteur doit garder en tête que, dans l'ensemble de l'échantillon (personnes de 15 ans et plus), près de 90 % des répondants n'ont pas consommé de cannabis ni d'autres drogues illicites au cours de l'année précédente, tandis qu'environ 10 % ont consommé du cannabis sans autres drogues illicites. En outre, 2 % des répondants ont consommé du cannabis et d'autres drogues illicites, tandis 0,3 % des répondants ont consommé d'autres drogues illicites en l'absence de cannabis[44].

Les résultats indiquent que la consommation de cannabis conjointement avec la consommation d'autres drogues illicites est associée à une plus grande probabilité d'effets défavorables que la consommation de cannabis à elle seule, une conclusion qui est susceptible de mettre davantage en lumière les répercussions nuisibles des autres drogues illicites que de la présence du cannabis.

Par exemple, environ 5 % de ceux ayant consommé du cannabis sans avoir consommé d'autres drogues illicites au cours de l'année précédente ont déclaré avoir été aux prises avec un problème de

Graphique 13
Proportion de ceux ayant déclaré des effets défavorables associés à la consommation de drogues au cours de l'année précédente, personnes ayant consommé du cannabis seulement et personnes ayant consommé du cannabis avec d'autres drogues illicites, 2015



* valeur significativement différente de l'estimation pour le cannabis avec drogues dures ($p < 0,05$)
Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues, 2015.

santé physique attribuable à la consommation de drogue; cette proportion était supérieure à 20 % chez ceux ayant consommé à la fois du cannabis et d'autres drogues illicites (graphique 13). Une tendance semblable a été observée pour l'ensemble des cinq effets défavorables examinés. Par exemple, près de 15 % des personnes ayant consommé du cannabis conjointement avec d'autres drogues illicites ont déclaré que cela avait entraîné des problèmes avec leurs liens d'amitié, leur vie sociale ou leur vie à la maison et dans leur mariage, comparativement à environ 3 % de ceux qui avaient consommé seulement du cannabis.

Conclusion

La législation sur le cannabis au Canada au cours de la prochaine année est susceptible de modifier le paysage en ce qui a trait à la consommation de drogues. Le présent article avait pour but d'utiliser deux enquêtes à grande échelle représentatives sur le plan national et relativement récentes afin d'examiner les caractéristiques associées à la consommation de cannabis, ainsi que le lien entre divers indicateurs sociaux et la consommation de cannabis, avant l'entrée en vigueur de la législation. La présente étude a permis de conclure que, en ce qui a trait à la prévalence, près de la moitié des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà essayé ou consommé du cannabis à un moment donné au cours de leur vie. Une autre proportion de 7 % des répondants ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours du mois précédent, et 1,5 % ont déclaré qu'ils en avaient consommé quotidiennement au cours du dernier mois. La prévalence était plus élevée chez les hommes, les jeunes adultes de 20 à 29 ans et les personnes ayant un revenu annuel du ménage de moins de 40 000 $.

La présente étude montre aussi que l'âge où le cannabis a été consommé ou essayé pour la première fois se situait plus fréquemment au cours de l'adolescence. Par exemple, environ 9 % des répondants ont déclaré avoir essayé ou consommé du cannabis avant d'avoir 15 ans; toutefois, à 18 ans, ce pourcentage augmente pour atteindre environ le quart de la population canadienne qui a essayé ou consommé du cannabis[45]. L'âge au moment de la première consommation de cannabis a des répercussions pour la consommation récente de cannabis. Par exemple, la proportion des personnes qui consomment du cannabis sur une base hebdomadaire ou quotidienne est plus élevée parmi celles qui en ont fait l'expérience pour la première fois à 14 ans ou avant qu'elle ne l'est parmi celles qui l'ont essayé pour la première fois après cet âge. De tels résultats sont importants, car ceux qui consomment du cannabis fréquemment sont plus susceptibles de déclarer des effets défavorables liés à la consommation de cannabis, comme un fort désir ou besoin de consommer du cannabis ou l'incapacité de contrôler ou d'en cesser la consommation.

Enfin, l'étude démontre qu'il existe un lien entre la présence d'une incapacité physique ou une incapacité liée à la santé mentale et la consommation fréquente de cannabis, particulièrement chez les femmes. Il se pourrait, toutefois, que certains consommateurs de cannabis consomment la substance afin d'amoindrir leurs symptômes; toutefois, les données actuelles ne permettent pas de tester cette hypothèse. Il y a également une

association entre la consommation quotidienne de cannabis et le fait d'avoir un faible niveau autodéclaré de confiance envers la police et le système judiciaire. La consommation fréquente de cannabis est également associée à un risque accru de victimisation avec violence chez les hommes et les femmes, une conclusion qui demeure, même après avoir tenu compte d'une grande variété de facteurs qui sont liés à la victimisation.

Le point culminant de ces résultats donne à penser que, même si aucun lien de causalité ne peut être établi, il y a effectivement une association entre la consommation fréquente de cannabis et plusieurs indicateurs sociaux. La présente étude a aussi permis de conclure que la consommation de cannabis conjointement avec la consommation d'autres drogues illicites (comme la cocaïne, l'héroïne et les méthamphétamines) est associée à une plus grande incidence d'effets défavorables que la consommation de cannabis à elle seule, à des problèmes liés à la santé physique ainsi qu'à des problèmes liés aux liens d'amitié, à la vie sociale, à la vie à la maison et au mariage.

Sébastien LaRochelle-Côté *est rédacteur en chef de Regards sur la société canadienne à Statistique Canada, et* ***Darcy Hango*** *est chercheur principal auprès du même groupe à Statistique Canada.*

Sources de données, méthodes et définitions

Source des données

Ce rapport s'appuie sur les données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015 et de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2014 sur la sécurité des Canadiens (victimisation). Les populations cibles pour ces deux enquêtes étaient composées de la population canadienne de 15 ans et plus ne vivant pas en établissement et résidant dans les 10 provinces. Les données pour l'ECTAD ont été recueillies tout au long de l'année civile 2015, tandis que la période de collecte des données de l'ESG s'est déroulée tout au long de l'année civile 2014. La participation à l'enquête était volontaire, et les données ont été recueillies directement auprès des participants à l'enquête (autodéclaration). La taille de l'échantillon final pour l'ECTAD de 2015 est de 15 154, avec un taux de réponse général de 48,4 %. En ce qui a trait à l'ESG de 2014, la taille finale de l'échantillon était de 33 127, et le taux de réponse général, de 52,9 %.

Définitions

Deux des indicateurs utilisés dans le présent article sont liés à l'incapacité physique et l'incapacité liée à la santé mentale. Ces mesures de l'incapacité se fondent sur le questionnaire de dépistage des incapacités (QDI)[46]. Le QDI représente les mesures de l'incapacité au sein de Statistique Canada. Il fournit une mesure en fonction du modèle social d'incapacité qui tient compte de la limitation des activités afin de déterminer une incapacité. Le QDI a été conçu de façon à pouvoir être ajouté à de nombreuses enquêtes auprès de la population générale afin de permettre les comparaisons entre les personnes ayant une incapacité et celles qui n'en ont pas. Dans le cadre de l'ESG de 2014, on utilise une version abrégée du QDI. Dans le présent article, on a recours à des variables dérivées liées à l'incapacité physique et l'incapacité liée à la santé mentale.

La mesure du cannabis dans le présent article est tirée de deux enquêtes distinctes : l'ECTAD de 2015 et l'ESG (cycle 27) de 2014. Chacune utilise une méthode de mesure quelque peu différente. Dans l'ECTAD de 2015, le libellé exact utilisé est le suivant : « Les prochaines questions portent sur le cannabis. Dans la prochaine série de questions, lorsque nous utilisons le terme marijuana, nous nous reportons à la consommation de marijuana, de haschich, d'huile de hasch ou de toute autre préparation de la plante du cannabis. » Les questions suivantes ont été utilisées dans l'analyse du présent article :

- Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé ou essayé de la marijuana? (oui/non)
- Avez-vous consommé de la marijuana une seule fois ou plus d'une fois? (oui/non)
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana? (oui/non)
- Au cours des trois derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana? (oui/non)
- Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous consommé de la marijuana? (Une fois ou deux/mensuellement/hebdomadairement/quotidiennement ou presque tous les jours)
- Quel âge aviez-vous lorsque vous avez essayé ou commencé à consommer de la marijuana?

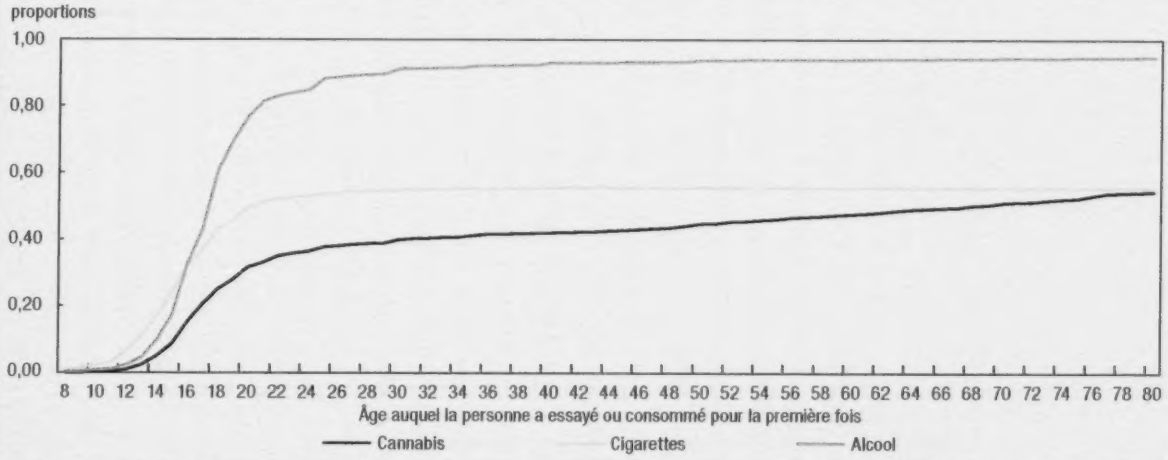
Dans l'ESG de 2014, le libellé exact utilisé est le suivant : « Les questions suivantes portent sur la consommation de drogues. Veuillez ne pas inclure les médicaments qui sont pris (sur ordonnance d'un médecin) ou achetés sans ordonnance. » Les questions suivantes ont été utilisées dans l'analyse du présent article :

- Au cours du dernier mois, avez-vous consommé de la marijuana, du haschich, de l'huile de hasch ou d'autres dérivés du cannabis? (oui/non)
- À quelle fréquence au cours du dernier mois, avez-vous consommé de la marijuana, du haschich, de l'huile de hasch ou d'autres dérivés du cannabis? (tous les jours/de quatre à six fois par semaine/de deux à trois fois par semaine/une fois par semaine/une fois ou deux au cours du dernier mois)

Âge au moment de la première cigarette ou consommation d'alcool

Les résultats obtenus pour l'âge au moment de la première consommation de cannabis sont semblables à ceux obtenus pour l'âge au moment de la première cigarette et consommation d'alcool, sauf qu'à chaque âge, la consommation de cannabis est plus faible. Dans tous les cas, toutefois, l'âge typique au moment de la première consommation est pendant l'adolescence. Ainsi, à l'âge de 15 ans, 9 % des répondants de l'échantillon avaient essayé le cannabis pour la première fois et 17 % avaient essayé l'alcool, tandis que 24 % avaient essayé la cigarette (graphique 14). À l'âge de 18 ans, 25 % avaient consommé du cannabis pour la première fois, 61 % avaient essayé l'alcool et 43 % avaient essayé la cigarette. À l'âge de 25 ans, 38 % avaient essayé le cannabis, 88 % avaient essayé l'alcool et 54 % avaient essayé la cigarette. Pour les deux dernières catégories, très peu (environ 2 points de pourcentage pour la cigarette) essaient ces substances pour la première fois après l'âge de 25 ans. Cependant, il y a une augmentation de 16 points de pourcentage du début de la consommation de cannabis après l'âge de 25 ans (de 38 % à 54 %).

Graphique 14
Proportion cumulative de la population de 15 ans et plus ayant essayé ou consommé du cannabis, des cigarettes ou de l'alcool pour la première fois, selon l'âge au moment de la première consommation, 2015



Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

Notes

1. Voir MacDonald et Rotermann (2017).
2. Voir Rotermann et MacDonald (2018).
3. Par exemple, voir les travaux récents menés par Kerr et coll. (2018); Hao et Cowan (2017); Dills et coll. (2017).
4. Voir Williams et Bretteville-Jensen (2014); Braakman et Jones (2014).
5. Le 18 avril 2018, de nouvelles données en provenance de l'Enquête nationale sur le cannabis (ENC) ont été diffusées. Dans l'enquête, on a demandé aux Canadiens s'ils pensaient changer leur comportement après la légalisation du cannabis à des fins non médicales. Les résultats indiquent que 79 % des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré qu'ils ne seraient pas plus susceptibles d'essayer le cannabis ou d'augmenter leur consommation de cannabis.
6. Voir Boak et coll. (2017). La question dans l'enquête était la suivante : « Si la consommation de cannabis était légale pour les adultes demain, parmi les réactions suivantes, quelle est celle que vous seriez le plus susceptible d'adopter dans les 12 prochains mois? » Près des deux tiers (62 %) des adolescents ontariens ont déclaré qu'ils n'essaieraient pas le cannabis, même s'il était légal. Environ 8 % ont indiqué qu'ils essaieraient le cannabis, 14 % ont déclaré qu'ils n'étaient pas certains et la proportion restante des adolescents ont affirmé qu'ils continueraient à en consommer, plus souvent, aussi souvent ou moins souvent qu'ils le faisaient déjà.
7. Voir van Ours et Williams (2011); Volkow et coll. (2016); Volkow et coll. (2014).
8. Voir Hall et Degenhardt (2009).
9. Voir Volkow et coll. (2014).
10. Voir Kandel (2002) ; Secades-Villa et coll. (2015).
11. Voir Van Gundy et Rebellon (2010).
12. Dans l'Enquête sociale générale (ESG), on n'établit aucune distinction entre la consommation de cannabis à des fins médicales et celle à des fins non-médicales. Bien que des informations sur l'utilisation à des fins médicales soient récoltées dans l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), il n'est pas possible d'identifier ceux qui en consomment exclusivement à des fins médicales, et parmi ceux qui consomment du cannabis à des fins médicales, aucune information n'est récoltée à propos de leur niveau de consommation. Néanmoins, la proportion de ceux qui ont déclaré consommer du cannabis à des fins médicales au cours de l'année précédente était relativement faible, s'établissant à 2,9 %. De plus, compte tenu de la petite taille de l'échantillon pour ce qui est des personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales, il aurait été difficile d'examiner les différences des indicateurs sociaux entre les consommateurs de cannabis à des fins médicales et non médicales.
13. Des études longitudinales ont été utilisées pour tester la robustesse de la relation entre la consommation de cannabis et les conséquences sur la santé. Par exemple, dans une étude menée auprès d'une cohorte de naissances longitudinale de la Nouvelle-Zélande avec des mesures cognitives obtenues avant le début de la consommation de cannabis, la consommation persistante de cannabis sur une période de 20 ans a été associée à un déclin neuropsychologique, même après contrôle du plus haut niveau de scolarité (Meier et coll., 2012). En revanche, d'autres travaux qui ont utilisé une étude longitudinale sur des jumeaux n'ont découvert aucun lien de causalité entre la consommation de cannabis et la perte de quotient intellectuel au fil du temps (Jackson et coll., 2016).
14. À l'instar de l'ESG, dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), on n'établit aucune distinction entre l'utilisation du cannabis à des fins médicales et à des fins non médicales.
15. Il est important de souligner que l'ESCC et l'ECTAD comportaient différents modes de collecte des données, ce qui aurait pu avoir des répercussions sur les taux de prévalence. Dans la première, la plupart des interviews ont été menées en personne, tandis que dans la seconde, les interviews ont été menées par téléphone.
16. Voir Rotermann et Langlois (2015).
17. Voir Bonner et coll. (2017).
18. Dans la présente étude, les personnes n'ayant consommé du cannabis qu'une seule fois sont retirés (à l'exception des graphiques 4 et 14). Une analyse non présentée a révélé que, chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge, la proportion de ceux qui déclarent avoir consommé du cannabis une seule fois ne varie pas beaucoup et ne dépasse jamais 10 %.
19. Dans les résultats non ajustés en fonction de l'âge et du sexe, les élèves présentaient une proportion significativement plus importante que les répondants employés au cours de l'année précédente.
20. Voir Fergusson et Boden (2008); Jackson et coll. (2016); Meier et coll. (2012).

21. Il s'agit d'estimations pondérées fondées sur la table de survie de Kaplan-Meier. De plus, aux fins de l'analyse du graphique 4, toutes les personnes qui ont déjà essayé ou consommé du cannabis sont incluses, même celles qui ont déclaré en avoir consommé une seule fois.
22. Autrement dit, lorsque seules les personnes de l'échantillon qui ont consommé du cannabis au moins une fois sont incluses dans l'analyse, 65 % ont déclaré avoir essayé ou consommé du cannabis pour la première fois avant d'avoir 18 ans.
23. Dans les graphiques 5 et 6b, la catégorie « une fois par mois ou moins » comprend également les personnes qui ont déclaré avoir consommé au cours de l'année précédente, mais pas au cours des trois mois précédents.
24. L'âge de 14 ans ou moins est utilisé comme définition pour une initiation « précoce » au cannabis pour cette section, pour deux raisons principales : (1) le fait d'avoir une définition à 14 ans ou moins garantit que tous les participants de l'ESG ont reçu une possibilité égale d'avoir eu une initiation « précoce », car, dans l'ESG, on recueille des données uniquement pour les personnes de 15 ans et plus; (2) certains faits probants récents donnent à penser qu'il se pourrait que l'initiation au cannabis à l'âge de 14 ans ou moins ait des répercussions plus néfastes sur le fonctionnement cognitif que l'initiation après cet âge (Fontes et coll., 2011).
25. Ce qui signifie que le résultat était statistiquement significatif à un niveau d'au moins 0,05.
26. Voir les National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017).
27. Ce résultat se reflète aussi dans d'autres travaux sur les troubles psychiatriques. Voir Di Forti et coll. (2007).
28. Une analyse supplémentaire a démontré que les femmes se font prescrire un médicament sans ordonnance pour les aider à dormir, à relaxer ou à se sortir d'une dépression plus souvent que les hommes. Cependant, en ce qui concerne ceux qui utilisent du cannabis sur une base quotidienne, qu'ils consomment des médicaments d'ordonnance ou non, l'écart entre les hommes et les femmes quant à la présence d'une incapacité liée à la santé mentale demeure.
29. On obtient des résultats semblables lorsque ceux qui ont déclaré avoir consommé d'autres drogues illicites au cours du mois précédent sont retirés de l'échantillon. Par ailleurs, d'autres études font état de différences entre les hommes et les femmes pour ce qui est de la santé mentale en fonction de la consommation de cannabis (van Ours et Williams, 2011).
30. Voir Cotter (2015).
31. Voir Cotter (2015); Roberts (2007); Letki (2006).
32. Les liens obtenus sont les mêmes lorsqu'on ajuste les résultats pour tenir compte de l'âge et du revenu du ménage. Ils sont également les mêmes lorsque les consommateurs d'autres drogues illicites sont retirés de l'échantillon.
33. Voir Perreault (2015).
34. Voir Lilly (2014); Perreault et Brennan (2010).
35. Le fait d'être victime d'un crime violent suit une définition semblable à celle de Perreault (2015). Les répondants ont été comptabilisés comme des victimes de crimes violents au cours de l'année précédente s'ils ont indiqué avoir été agressés sexuellement, volés (dans les cas où la menace de violence était présente) et agressés physiquement. Plus particulièrement, les six catégories étaient les suivantes : (1) quelqu'un a forcé ou tenté de forcer le répondant à avoir une activité sexuelle non consentante en le menaçant, en l'agrippant ou en lui faisant mal d'une quelconque façon; (2) quelqu'un a fait des attouchements sexuels au répondant sans son consentement; (3) quelqu'un a eu une relation sexuelle avec le répondant sans que ce dernier soit en mesure de consentir; le répondant a été drogué, intoxiqué, manipulé ou forcé autrement que physiquement; (4) quelqu'un a soutiré ou tenté de soutirer quelque chose du répondant par la force ou la menace d'utiliser la force; (5) quelqu'un a attaqué le répondant; (6) quelqu'un a menacé de frapper ou d'attaquer le répondant, ou ce dernier a été menacé avec une arme. Dans toutes ces situations, les actes qui auraient pu être commis par un époux ou conjoint de fait actuel ou précédent sont exclus.
36. Dans toutes les analyses, les probabilités prédites à partir des régressions logistiques sont produites au moyen de la méthode des effets marginaux moyens.
37. La consommation d'autres drogues illicites au cours du mois précédent est mesurée à l'aide de la question suivante dans l'ESG : « Au cours du dernier mois, avez-vous consommé des médicaments sans ordonnance, par exemple, des champignons magiques, de la cocaïne, de l'amphétamine, de la méthamphétamine, de l'ecstasy, de la PCP, de la mescaline ou de l'héroïne? »
38. Des travaux antérieurs qui utilisent des modèles multivariés semblables ont également permis de conclure que cette association demeure après avoir tenu compte de plusieurs variables explicatives (voir Perreault, 2015).
39. Voir Rotermann et Langlois (2015).

40. L'exploration de cette association n'est pas comprise dans le contexte du présent article. Voir Secades-Villa et coll. (2015) et Van Gundy et Rebellon (2010), qui sont deux articles représentatifs qui explorent l'hypothèse de la drogue d'introduction.
41. Voir Muhuri et Gfroerer (2011).
42. Les questions sur les « effets défavorables » liés aux drogues ont été posées à tous les répondants qui ont déclaré avoir abusé de médicaments antidouleur, de stimulants et de sédatifs au cours de l'année précédente ainsi qu'à ceux qui ont déclaré qu'au cours de leur vie, ils avaient déjà consommé du cannabis, de la cocaïne, des méthamphétamines, de l'ecstasy, des hallucinogènes, des solvants, de l'héroïne ou de la salvia.
43. Une variable alternative ne tenant pas compte des substances inhalées et de la salvia a été créée et les résultats ont été estimés à nouveau. Puisque les résultats n'ont pas changé, ces substances ont été conservées dans la définition des autres drogues illicites dans les analyses présentées dans cet article.
44. Le groupe de répondants qui ont consommé d'autres drogues illicites sans cannabis n'est pas inclus, car la taille de l'échantillon était trop petite lorsqu'il était utilisé en combinaison avec les effets défavorables liés aux drogues. Les estimations dans ce graphique sont limitées aux personnes ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis deux fois ou plus.
45. Ces tendances sont semblables à la prise d'autres substances comme l'alcool et les cigarettes en ce sens qu'on a découvert que la première consommation avait lieu plus souvent pendant l'adolescence (voir la section intitulée *Âge au moment de la première cigarette et consommation d'alcool* pour obtenir plus de renseignements).
46. Pour plus de renseignements sur le QDI, voir Grondin (2016).

Documents consultés

BOAK, Angela, et coll. 2017. *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2017: Detailed Findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey*, CAMH Research Document Series, n° 46. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

BONNER, W.I. Andrew, et coll. 2017. « Patterns and factors of problematic marijuana use in the Canadian population: Evidence from three cross-sectional surveys », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 108, n° 2, p. e110 à e116.

BRAAKMANN, Nils, et Simon JONES. 2014. « Cannabis depenalisation, drug consumption and crime: Evidence from the 2004 cannabis declassification in the UK », *Social Science & Medicine*, août, vol. 115, p. 29 à 37.

COTTER, Adam. 2015. « La confiance du public envers les institutions canadiennes » (http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2015007-fra.htm), *Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale*, décembre, produit n° 89-652-X au catalogue de Statistique Canada.

DI FORTI, Marta, et coll. 2007. « Cannabis use and psychiatric and cognitive disorders: the chicken or the egg? », *Current Opinion in Psychiatry*, mai, vol. 20, n° 3, p. 228 à 234.

DILLS, Angela K., Sietse GOFFARD et Jeffrey MIRON. 2017. *The effects of marijuana liberalizations: Evidence from monitoring the future*, NBER Working Paper, n° 23779, Cambridge, MA, The National Bureau of Economic Research.

FERGUSSON, David M., et Joseph M. BODEN. 2008. « Cannabis use and later life outcomes », *Addiction*, juin, vol. 103, n° 6, p. 969 à 976.

FONTES, Maria Alice, et coll. 2011. « Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning », *British Journal of Psychiatry*, vol. 198, n° 6, p. 442 à 447.

GRONDIN, Chantal. 2016. « Nouvelle mesure de l'incapacité dans les enquêtes : questions d'identification des incapacités (QII) » (http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2016003-fra.htm), *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012*, produit n° 89-654-X au catalogue de Statistique Canada.

HALL, Wayne, et Louisa DEGENHARDT. 2009. « Adverse health effects of non-medical cannabis use », *The Lancet*, octobre, vol. 374, n° 9698, p. 1383 à 1391.

HAO, Zhuang, et Benjamin COWAN. 2017. *The cross-border spillover effects of recreational marijuana legalization*, NBER Working Paper, n° 23426. Cambridge, MA, The National Bureau of Economic Research.

JACKSON, Nicholas J., et coll. 2016. « Impact of adolescent marijuana use on intelligence: Results from two longitudinal twin studies », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, février, vol. 113, nº 5, p. E500 à E508.

KANDEL, Denise B. 2002. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*, publié sous la direction de Denise B. Kandel, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, 402 p.

KERR, William C., Camillia LUI et Yu YE. 2018. « Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984-2015 US National Alcohol Surveys », *Addiction*, octobre, vol. 113, nº 3, p. 473 à 481.

LETKI, Natalia. 2006. « Investigating the roots of civic morality: Trust, social capital, and institutional performance », *Political Behaviour*, décembre, vol. 28, nº 4, p. 305 à 325.

LILLY, J. Robert, Francis T. CULLEN et Richard A. BALL. 2014. *Criminological Theory, Context and Consequences*, 6e édition, Londres, Sage Publications, 568 p.

MACDONALD, Ryan, et Michelle ROTERMANN. 2017. « Estimations expérimentales de la consommation de cannabis au Canada, de 1960 à 2015 » (http://www.statcan.gc.ca/pub/11-626-x/11-626-x2017077-fra.htm), *Aperçus économiques*, décembre, produit nº 11-626-X au catalogue de Statistique Canada.

MEIER, Madeline H., et coll. 2012. « Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, octobre, vol. 109, nº 40, p. E2657 à E2664.

MUHURI, Pradip K., et Joseph C. GFROERER. 2011. « Mortality associated with illegal drug use among adults in the United States », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, mai, vol. 37, nº 3, p. 155 à 164.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, DC, The National Academies Press.

PERREAULT, Samuel. 2015. « La victimisation criminelle au Canada, 2014 » (http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.htm), *Juristat*, novembre, produit nº 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 35, nº 1.

PERREAULT, Samuel, et Shannon BRENNAN. 2010. « La victimisation criminelle au Canada, 2009 » (http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11340-fra.htm), *Juristat*, septembre, produit nº 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 30, nº 2.

ROBERTS, Julian V. 2007. « Public confidence in criminal justice in Canada: A comparative and contextual analysis », *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, avril, vol. 49, nº 2, p. 153 à 184.

ROTERMANN, Michelle, et Ryan MACDONALD. 2018. « Analyse des tendances de la prévalence de consommation de cannabis au Canada, 1985 à 2015 » (http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2018002/article/54908-fra.htm), *Rapports sur la santé*, février, produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 29, nº 2.

ROTERMANN, Michelle, et Kellie LANGLOIS. 2015. « Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012 » (http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015004/article/14158-fra.htm), *Rapports sur la santé*, avril, produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 26, nº 4.

SECADES-VILLA, Roberto, et coll. 2015. « Probability and predictors of the cannabis gateway effect: A national study », *Journal of Drug* Policy, février, vol. 26, nº 2, p. 135 à 142.

VAN GUNDY, Karen, et Cesar J. REBELLON. 2010. « A life-course perspective on the 'Gateway Hypothesis' », *Journal of Health and Social Behavior*, septembre, vol. 51, nº 3, p. 244 à 259.

VAN OURS, Jan C., et Jenny WILLIAMS. 2011. « Cannabis use and mental health problems », *Journal of Applied Econometrics*, vol. 26, nº 7, p. 1137 à 1156.

VOLKOW, Nora D., et coll. 2016. «Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review », *Journal of the American Medical Association: Psychiatry*, mars, vol. 73, nº 3, p. 292 à 297.

VOLKOW, Nora D., et coll. 2014. « Adverse health effects of marijuana use », *The New England Journal of Medicine*, juin, vol. 370, p. 2219 à 2227.

WILLIAMS, Jenny, et Anne Line BRETTEVILLE-JENSEN. 2014. « Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use? », *Journal of Health Economics*, juillet, vol. 36, p. 20 à 32.